



PLAN DE RESPONSABILIDAD PERSONAL (IRP)
INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)
 Plan de Responsabilidad Personal de WorkFirst para

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Comprendo que:

- Debo cooperar con la Division of Child Support (División de Manutención de Niños) mientras que recibo beneficios TANF/SFA, a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. La obtención del pago de Manutención de Niños puede ayudarme a eliminar la necesidad de ayuda en efectivo.
- Puedo recibir sólo 60 meses de beneficios en efectivo TANF/SFA durante el transcurso de mi vida, a menos que califique para una extensión.
- He usado _____ meses de beneficios en efectivo.
- Se requiere que yo trabaje, busque trabajo, o me prepare para trabajar tiempo completo, por lo menos 32 horas por semana.
- Si no puedo asistir a una actividad programada, yo llamaré a la persona y al número de teléfono indicado abajo.
- Debo hacer las siguientes actividades cada semana, por la cantidad de tiempo especificado abajo:

CE – Comprehensive Evaluation (Evaluación Completa)

Yo realizaré una Evaluación Completa para hablar sobre la situación de mi familia, ayudar a identificar mis habilidades para trabajar, para aprender sobre el mercado laboral actual, y evaluar mayores necesidades de educación. Esta evaluación se llevará a cabo en el Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y Salud), Employment Security WorkSource (WorkSource Seguridad de Empleo), y por empleados de las escuelas comunitarias y otras organizaciones.

El objetivo de esta Evaluación Completa es preparar un Employment Plan (Plan de Trabajo). Este plan le proveerá a mi Especialista del Programa DSHS WorkFirst o trabajador social la información para desarrollar actividades de participación para mi Individual Responsibility Plan (Plan de Responsabilidad Personal).

Seguiré todas las instrucciones y completaré todas las partes requeridas en mi Evaluación Completa.

He hecho arreglos para cuidar de los niños, si fuera necesario.

He hecho arreglos para llegar al lugar adonde se realizará la Evaluación Completa.

Tengo una cita programada con _____ el _____ para revisar los resultados de la Evaluación Completa y desarrollar un Plan de Responsabilidad Personal apropiado para mí.

Entiendo que debo hacer mi Evaluación Completa antes de mi cita con el trabajador social o el especialista del Programa WorkFirst.

Si no puedo realizar la Evaluación Completa a tiempo o si no puedo asistir a la cita programada, llamaré al trabajador social o el especialista del Programa WorkFirst antes de la cita y explicaré por qué no puedo terminar la Evaluación Completa o llegar a la cita.

Entiendo que si no llamo o termino la Evaluación Completa, puedo ser sancionado.

FIRMA DEL GERENTE DEL CASO	FECHA	MI FIRMA	FECHA
----------------------------	-------	----------	-------

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID	
REQUISITOS DE CONFIDENCIALIDAD			
<p>Podría haber servicios de apoyo disponibles para ayudarme a avanzar en mi empleo, mantener mi empleo, aceptar un empleo o buscar un empleo o seguir mi plan. Si no estoy de acuerdo con una decisión sobre los servicios de apoyo, pudiera solicitar una revisión del caso o una audiencia. Le solicitaré al Especialista o al Trabajador Social del Programa WorkFirst si necesitara servicios de apoyo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación de automóvil • Vestimenta • Consejería • Pañales • Gastos de educación • Higiene personal • Licencia/tarifas • Corte de pelo • Pases para el autobús • Millaje • Herramientas de trabajo • Planificación familiar <p>Entiendo que debo efectuar las actividades requeridas. De no hacerlo, se me sancionará a menos que compruebe que tengo una buena razón. Esto se denomina estar en estado de sanción de WorkFirst. Si se me impone una sanción, esto significa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi subvención se reducirá en un 40% o la participación de una persona, lo que sea mayor. • Debo cumplir con mi IRP por cuatro semanas consecutivas para que se elimine la sanción. • Una vez que realice lo que se me requiere por cuatro semanas consecutivas, se levantará mi sanción a partir del primer día del mes siguiente a mis cuatro semanas de participación. • Un panel de revisión de sanciones evaluará, y podría cerrar mi caso, si permanezco sancionado por seis meses consecutivos. <ul style="list-style-type: none"> • Si el panel de revisión de sanciones cerrara mi caso, tendré que volver a solicitar los servicios y participar por cuatro semanas consecutivas antes de que pueda recibir asistencia en efectivo. • Si mi caso fuera sancionado nuevamente, una junta de revisión de sanciones evaluará, y podría cerrar mi caso, si permanezco sancionado por tres meses consecutivos. <p>Mientras dure mi sanción, no podré recibir servicios de apoyo (como dinero para ropa de trabajo o transporte) hasta que cumpla con mi IRP.</p> <p>Entiendo que si me rehúso a cooperar con la División Manutención para Niños (DCS) sin tener una buena razón, mi subvención podría ser reducida. Una buena razón es aquella que represente una amenaza o daño hacia mis hijos o hacia mi persona. Entiendo que mientras recibo asistencia de TANF, toda manutención para niños recaudada se reserva para retribuir al estado.</p> <p>Cuando deje de recibir TANF/SFA, DCS recaudará la manutención para niños y me la enviará a menos que yo les pida que dejen de hacerlo. Entiendo los servicios de apoyo, las sanciones y la manutención para niños.</p>			
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO	FECHA	FIRMA DEL CLIENTE	FECHA